

Kosteninformation und -erklärung

Bitte schicken oder faxen Sie mir diese Erklärung vor unserem Ersttermin zu.

Praxis für **Osteopathische Medizin**
Dr. med. Jochen **Würz**

Albert-Schäffenacker-Straße 7
83646 Bad Tölz
Telefon: 08041 / 79620 74
Telefax: 08041 / 79620 75
E-Mail: termine@osteopathie-oberland.de

Persönliche Angaben

Name Vorname Geburtsdatum

PLZ/Ort Straße

bei Kindern und Jugendlichen

Erziehungsberechtigter Telefon

Gesetzliche Krankenversicherung

Mir ist bekannt, dass die Untersuchung und Behandlung nach den Methoden der osteopathischen Medizin nicht zum Leistungsumfang meiner gesetzlichen Krankenkasse gehört, und das ich daher keinen Erstattungsanspruch über die Behandlungsrechnung gegenüber meiner Krankenkasse habe. Die Liquidation für die von mir gewünschte osteopathische Behandlung in der Praxis für osteopathische Medizin, Dr. med. Jochen Würz, erfolgt nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und ist von mir zu bezahlen.

Einige gesetzliche Krankenkassen gewähren seit 2012 Zuschüsse zur Osteopathischen Behandlung. Inwieweit welche Krankenkasse in welcher Höhe eine osteopathische Behandlung bezuschusst, dazu kann die Praxis Dr. Würz keine verbindliche Aussage machen. Mir ist bekannt, dass ich dies persönlich mit meiner Krankenkasse abklären muß. Dr. Würz erklärt, dass seine osteopathische Qualifikation bisher allen Anforderungen seitens der bezuschussenden Krankenkassen gerecht wurde.

Private Krankenversicherung

Alle Untersuchungen und Behandlungen werden nach der derzeit gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und nach den Empfehlungen der Bayerischen Landesärztekammer und der Bundesärztekammer abgerechnet. Die Liquidationen sind in aller Regel bei allen privaten Krankenversicherungen und auch Beihilfestellen in voller Höhe erstattungsfähig.

Ich bin jedoch darauf hingewiesen worden, dass bei manchen neueren Tarifen aber nicht alle privatärztlichen Leistungen enthalten sein können, oder das nur ein niedrigerer Steigerungssatz erstattet wird. Bei daraus resultierender ausbleibender Kostenerstattung kann ich die Praxis dafür nicht in Anspruch nehmen.

Terminänderungen/-absagen

Terminabsagen oder -änderungen werde ich so früh wie möglich, spätestens aber 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin vornehmen, außer bei unverschuldeten schwerwiegenden Verhinderungsgründen. Ich bin damit einverstanden, dass sich die Praxis vorbehält für nicht eingehaltene oder zu spät abgesagte Termine eine Ausfallgebühr von 50,00 EUR zu erheben.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

